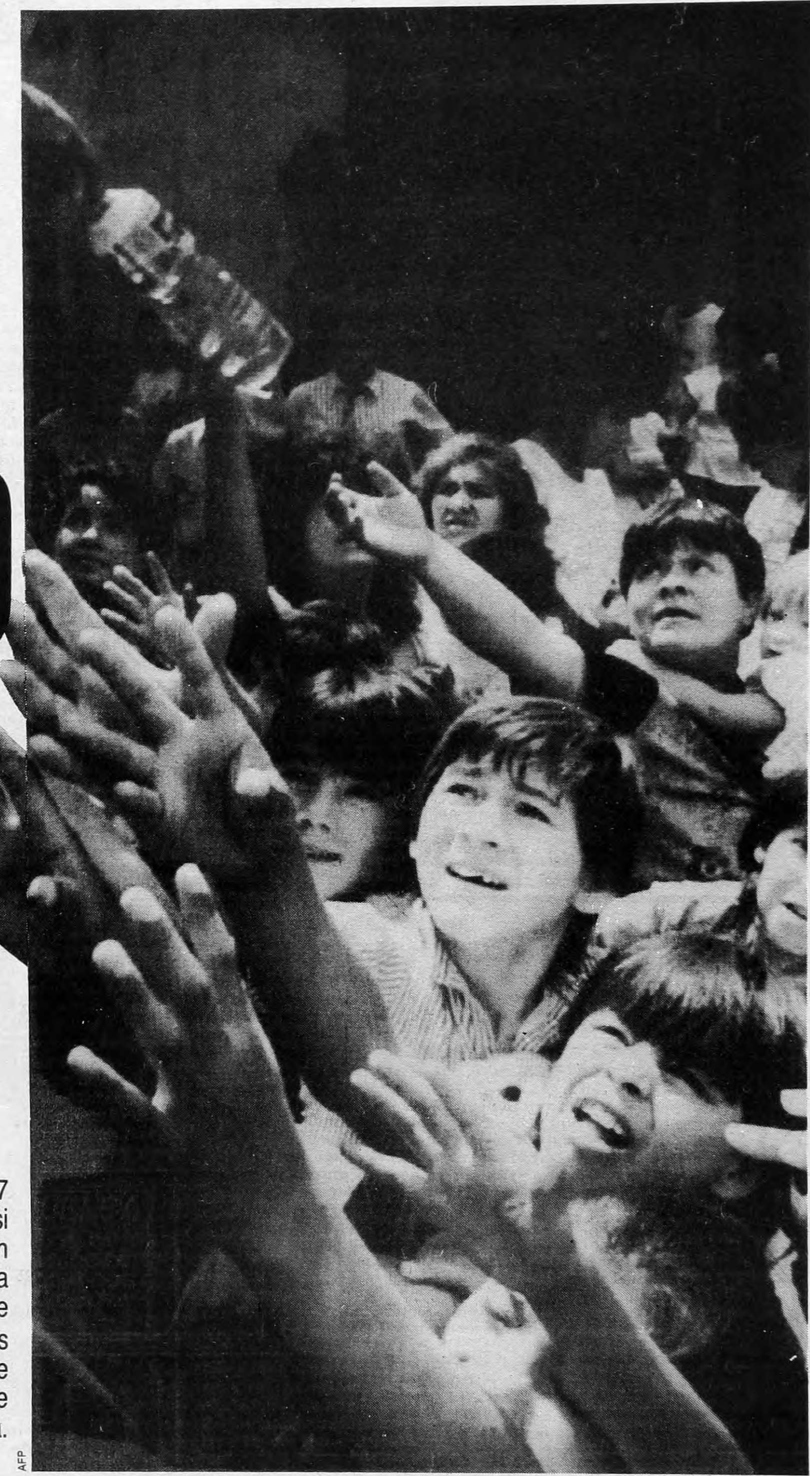
COLERA

VIVIENDO CON EL ENEMIGO


AFP

El vibrión colérico El Tor produjo en la Argentina 227 enfermos y 12 muertes. Los especialistas opinan que si la temida acumulación de portadores desembocara en un brote explosivo, el cólera habría llegado para permanecer, como endemia, por una larga cantidad de años. Hay quienes sostienen que es la epidemia más grande en la historia de la humanidad; nadie duda de que se está en presencia de la más grave padecida en este siglo por América.

Los expertos sostienen que, aunque la epidemia pueda ser controlada, el cólera por detrás de las fronteras mantendrá latentes los riesgos. Si esto no ocurriera y una explosión de casos alcanzara el conurbano bonaerense, habrá que prepararse para convivir con la bacteria por un largo período.

INQUIETA EL NUMERO DE PORTADO

EL AÑO DEL

Podría tratarse de la epidemia más grave en la historia de la humanidad; con seguridad puede afirmarse que para América es la peor del siglo. Cuando hace más de un año se conocieron los primeros casos producidos en Perú, los técnicos argentinos sospecharon que para que el cólera llegara al país sólo haría falta tiempo. Eso ocurrió a principios de 1992 y la cuestión no es ya adivinar cuándo y por dónde se colará la epidemia de cólera, la pregunta del millón es si esta vez la enfermedad ha arribado para quedarse. Nadie duda que tras el violentísimo debut, el cólera ha pasado a ser una más de las endemias de Perú; en cuanto a su destino argentino los expertos escrutan el panorama con cierto escepticismo. "Un caso es epidemia", reafirman contrariando las airdadas protestas de las autoridades ante la posibilidad y agregan: "Si se logra circunscribir es probable que pueda decirse que aquí no hay cólera pero lo que ya no se podrá sostener es que no lo hay en América y mientras esto suceda, Argentina está en riesgo. Si la epidemia se extiende en el país es probable que tengamos cólera por muchos años más".

Es que los especialistas no ignoraban que al sur del Río Grande, con mayor o menor intensidad, las condiciones estaban dadas, esos "factores permisivos" según la denominación apropiada que se reducen a tres aspectos y no son otros que el escaso nivel educacional, una red sanitaria ausente o insuficiente y, sobre todo, la pobreza. Un elemento más hacía imaginable que de fronteras adentro se cumplieran las generales de ley: en Perú y en otros países del continente se había detectado ya con anterioridad la presencia de vibriones no coléricos y para su transformación faltaba apenas nada. Esta segunda hipótesis también se confirmó, pero el biotipo de vibrión colérico aislado ahora no es el "Clásico", causante de la mayor parte de las epidemias finiseculares. Los estudios determinaron que el agresor

La peste viene del río

Alfredo Layna, infectólogo, trabajó junto a un equipo sanitario en Salta, en el filo de la frontera con Bolivia sobre el curso del Pilcomayo, donde el cólera diezmó las poblaciones aborígenes. Crevaux, Sauzal, Las Moras, Hito 1, Puntana Vieja, Puntana Nueva, Santa María y Magdalena fueron las estaciones recorridas por el grupo que prestó asistencia y educación para la salud a casi 3000 indígenas.

—*¿Hubo choques con formas de medicina natural?*

—No, porque no tuvieron respuesta frente a la epidemia. La deshidratación era tan rápida que no les dio tiempo a la utilización de ninguna forma de medicina natural.

—*¿Había miedo, conciencia de riesgo?*

—Sí, tuvieron miedo porque hubo muertes en casi todas las comunidades.

—*¿Cómo reaccionó frente a la realidad el pensamiento mágico?*

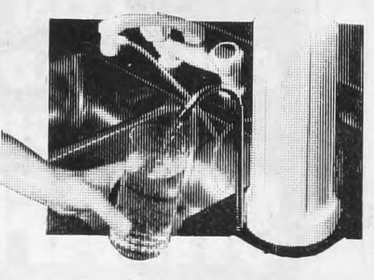
—Lo más significativo para mí fue que les costaba comprender que el río, que para ellos es desde hace siglos una fuente de vida, se convirtiera en un factor de muerte. Sin embargo, a pesar de eso fueron muy receptivos y cumplieron bien con las pautas que se les proponían.

—*¿Porque lo entendían o porque están obligados a obedecer?*

—En la mayoría de los casos porque lo entendían. Pero es probable que si esta tarea no tiene persistencia vuelvan a sus antiguos hábitos. Se asumen y reivindican como aborígenes pero quieren vivir mejor. Mire, tuvimos el caso de una chiquita mordida por yarará. El padre la llevó alzada 20 kilómetros hasta el puesto sanitario para que la atendieran. Salió a la una del mediodía y llegó a pie a las once de la noche al puesto sanitario.







INQUIETA EL NUMERO DE PORTADORES ASINTOMATICOS

EL AÑO DEL VIBRION

Los expertos sostienen que, aunque la epidemia pueda ser controlada, el cólera por detrás de las fronteras mantendrá latentes los riesgos. Si esto no ocurriera y una explosión de casos alcanzara el conurbano bonaerense, habrá que prepararse para convivir con la bacteria por un largo período.

Podría tratarse de la epidemia más grave en la historia de la humanidad; con seguridad puede afirmarse que para América es la peor del siglo. Cuando hace más de un año se conocieron los primeros casos producidos en Perú, los técnicos argentinos sospecharon que para que el cólera llegara al país sólo haría falta tiempo. Eso ocurrió a principios de 1992 y la cuestión no es ya adivinar cuándo y por dónde se colará la epidemia de cólera, la pregunta del millón es si esta vez la enfermedad ha arribado para quedarse. Nadie duda que tras el violentísimo debut, el cólera ha pasado a ser una más de las endemias de Perú; en cuanto a su destino argentino los expertos escrutan el panorama con cierto escepticismo. "Un caso es epidemia", reafirman contrariando las airdadas protestas de las autoridades ante la posibilidad y agregan: "Si se logra circunscribir es probable que pueda decirse que aquí no hay cólera pero lo que ya no se podrá sostener es que no lo hay en América y mientras esto suceda, Argentina está en riesgo. Si la epidemia se extiende en el país es probable que tengamos cólera por muchos años más".

Es que los especialistas no ignoraban que al sur del Río Grande, con mayor o menor intensidad, las condiciones estaban dadas, esos "factores permisivos" según la denominación apropiada que se reducen a tres aspectos y no son otros que el escaso nivel educacional, una red sanitaria ausente o insuficiente y, sobre todo, la pobreza. Un elemento más hacía imaginable que de fronteras adentro se cumplieran las generales de ley: en Perú y en otros países del continente se había detectado ya con anterioridad la presencia de vibriones no coléricos y para su transformación faltaba apenas nada. Esta segunda hipótesis también se confirmó, pero el biotipo de vibrión colérico aislado ahora no es el "Clásico", causante de la mayor parte de las epidemias finiseculares. Los estudios determinaron que el agresor actual es el vibrión Cólera El Tor, nombre tomado del campo de cuarentena donde fue descubierto y bautiza una mutación que se caracteriza por su alto poder de transmisibilidad. En El Tor debutó como factor epidémico en 1961 y elevó desde entonces de diez a cien el número de portadores asintomáticos por cada caso declarado, una cifra bastante menor que la de cuatro portadores por caso adjudicada al Clásico. "El otro dato significativo —explica Alfredo Layna, infectólogo del Hospital Cetrángolo y miembro de los equipos sanitarios que actuaron en Perú y Salta— es que El Tor sobrevive mejor en el medio ambiente y hace más difícil el manejo de la epidemia."

"Por cada enfermo, la cepa produce entre 25 y 100 portadores sanos, es decir, con diarreas banales, síntomas leves o asintomáticos —coincide Fernando Silva Nieto, infectólogo del hospital Diego Paroissien y como Layna integrante de los equipos de sanitaristas que viajaron a Lima a fines de 1991—. Para cortar la secuencia es fundamental impedir el contacto con materia fecal y vómitos del enfermo. La desinfección se hacía en Perú con lavandina y ácido muriático. Las medidas de bioseguridad intrahospitalarias consistían en camisolín y guantes."

Silva Nieto también opina que, desde el punto de vista asistencial, únicamente la demora en la rehidratación y la existencia de patologías previas —diabetes, cirrosis, insuficiencia renal, hipertensión tratada con diuréticos o desnutrición— pueden derivar en desenlaces fatales y "un grupo de riesgo lo constituyen las embarazadas. En Lima hubo gran cantidad de partos prematuros y nacidos muertos. Pero el problema aquí no son los casos sino los portadores".

Sin embargo, comenta: "Por años" cuando se le pregunta por el tiempo en que será inevitable convivir con el vibrión si éste alcanza áreas, como el conurbano, de alta densidad poblacional y grandes bolsones de pobreza. La poco optimista certidumbre es compartida por Leonardo Werthein, epidemiólogo y ex director nacional de Promoción y Protección de la Salud. "Teóricamente —sostiene— una vez instalada, con las condiciones objetivas y concretas del conurbano sería muy difícil que no se convirtiera en un mal endémico." A Werthein el goteo de casos en Capital y Gran Buenos Aires no le resulta tampoco tranquilizador porque "pueden ser una característica de la epidemia o una forma de presentación. No me parece tan grave la aparición de los casos sino lo que pueda estar pasando con los portadores asintomáticos o residuales. Que se está produciendo una acumulación de portadores asintomáticos que en un momento dado generen una explosión porque las condiciones de infraestructura están dadas para que la haya".

Según Werthein el objetivo central no puede estar dirigido a impedir la llegada del cólera (una tarea imposible, de acuerdo con las estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud) sino a impedir su diseminación, "una batalla integral que no se libra en el hospital sino que se libra con la comunidad. Si no es con ella no se puede hacer salud". También para él "control de foco, disposición de excretas, abastecimiento de agua y recogida y tratamiento de basuras son básicos". Y hay que poner en el Estado la responsabilidad que le corresponde en el control de lugares de concentración: restaurantes, terminales de transporte, paradero de camiones. Que se controle con tanta rigurosidad como se pone con la DGI".

Werthein hace hincapié en el control de las aguas "y si no —agrega— utilizar la ortotoluidina, que es un reactivo que por reacción colorimétrica instantánea permite determinar la cloración del agua, si está clorada o la concentración de cloro libre en el agua. Cualquier directora de colegio, después de cantar el Himno puede poner una gotita del reactivo en un tubo de ensayo conteniendo el agua que se consume y saber si está o no clorada o si lo está demasiado, con lo que se evitaría que se produjeran las intoxicaciones que se han visto".

"Ah ¡no sé!", responde cuando se trata de indagar qué se ha hecho en un año de epidemia declarada. "Las medidas fueron básicamente de comunicación social y asistenciales. Es imposible hacer en un día lo que no se hizo en 50 años." La cloración de agua está bien. Las dos gotas de lavandina también, pero hay que subir el nivel e ir a los controles institucionales y comunitarios". Un ejemplo cinematográfico le sirve para sintetizar lo que él —y los otros sanitaristas— entienden como la única estrategia eficaz. "Es como en *Murieron con las botas puestas*. Custer muere atrincherado en el fuerte, ¿no? Bueno, acá si no rompemos los muros de los hospitales y vamos a la comunidad, sin esa colaboración y sin un Estado que asuma sus responsabilidades, estamos listos."

Gustavo Gilabert

La peste viene del río

Alfredo Layna, infectólogo, trabajó junto a un equipo sanitario en Salta, en el filo de la frontera con Bolivia sobre el curso del Pilcomayo, donde el cólera diezmó las poblaciones aborígenes. Crevaux, Sauzal, Las Moras, Hito 1, Puntana Vieja, Puntana Nueva, Santa María y Magdalena fueron las estaciones recorridas por el grupo que prestó asistencia y educación para la salud a casi 3000 indígenas.

—*¿Hubo choques con formas de medicina natural?*

—No, porque no tuvieron respuesta frente a la epidemia. La deshidratación era tan rápida que no les dio tiempo a la utilización de ninguna forma de medicina natural.

—*¿Había miedo, conciencia de riesgo?*

—Sí, tuvieron miedo porque hubo muertes en casi todas las comunidades.

—*¿Cómo reaccionó frente a la realidad el pensamiento mágico?*

—Lo más significativo para mí fue que les costaba comprender que el río, que para ellos es desde hace siglos una fuente de vida, se convirtiera en un factor de muerte. Sin embargo, a pesar de eso fueron muy receptivos y cumplieron bien con las pautas que se les proponían.

—*¿Porque lo entendían o porque están obligados a obedecer?*

—En la mayoría de los casos porque lo entendían. Pero es probable que si esta tarea no tiene persistencia vuelvan a sus antiguos hábitos. Se asumen y reivindican como aborígenes pero quieren vivir mejor. Mire, tuvimos el caso de una chiquita mordida por yarará. El padre la llevó alzada 20 kilómetros hasta el puesto sanitario para que la atendieran. Salió a la una del mediodía y llegó a pie a las once de la noche al puesto sanitario.

Hasta el 2000

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha hecho saber que habrá que esperar por los menos diez años para que el cólera vuelva a ser erradicado del continente al que ingresó en enero de 1991 y donde ha producido ya 460 mil casos. El director técnico de la organización, Carlyle Guerra de Macedo, sostuvo en la Reunión Técnica sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación que en 1993 serán empleados 200 mil millones de dólares en un plan de ejecución conjunta con los gobiernos latinoamericanos. El proyecto abarca la concreción de obras de saneamiento, ampliación de las redes de agua potable y la mejoría de la infraestructura de salud existente.

En los primeros meses de 1992, la curva epidemiológica de Perú ha comenzado a decrecer, una tendencia inversa a la que registran, en cambio, Brasil, Bolivia, Colombia y la Argentina.

Miércoles 18 de marzo de 1992

RES ASINTOMATICOS

VIBRION


Gustavo Gilabert

actual es el vibrión Cólera El Tor, nombre tomado del campo de cuarentena donde fue descubierto y bautiza una mutación que se caracteriza por su alto poder de transmisibilidad. En El Tor debutó como factor epidémico en 1961 y elevó desde entonces de diez a cien el número de portadores asintomáticos por cada caso declarado, una cifra bastante menor que la de cuatro portadores por caso adjudicada al Clásico. "El otro dato significativo —explica Alfredo Layna, infectólogo del Hospital Cetrángolo y miembro de los equipos sanitarios que actuaron en Perú y Salta— es que El Tor sobrevive mejor en el medio ambiente y hace más difícil el manejo de la epidemia."

"Por cada enfermo, la cepa produce entre 25 y 100 portadores sanos, es decir, con diarreas banales, síntomas leves o asintomáticos —coincide Fernando Silva Nieto, infectólogo del hospital Diego Paroissien y como Layna integrante de los equipos de sanitaristas que viajaron a Lima a fines de 1991—. Para cortar la secuencia es fundamental impedir el contacto con materia fecal y vómitos del enfermo. La desinfección se hacía en Perú con lavandina y ácido muriático. Las medidas de bioseguridad intrahospitalarias consistían en camisolín y guantes."

Silva Nieto también opina que, desde el punto de vista asistencial, únicamente la demora en la rehidratación y la existencia de patologías previas —diabetes, cirrosis, insuficiencia renal, hipertensión tratada con diuréticos o desnutrición— pueden derivar en desenlaces fatales y "un grupo de riesgo lo constituyen las embarazadas. En Lima hubo gran cantidad de partos prematuros y nacidos muertos. Pero el problema aquí no son los casos sino los portadores".

Sin embargo, comenta: "Por años" cuando se le pregunta por el tiempo en que será inevitable convivir con el vibrión si éste alcanza áreas, como el conurbano, de alta densidad poblacional y grandes bolsones de pobreza. La poco optimista certidumbre es compartida por Leonardo Werthein, epidemiólogo y ex director nacional de Promoción y Protección de la Salud. "Teóricamente —sostiene— una vez instalada, con las condiciones objetivas y concretas del conurbano sería muy difícil que no se convirtiera en un mal endémico." A Werthein el goteo de casos en Capital y Gran Buenos Aires no le resulta tampoco tranquilizador porque "pueden ser una característica de la epidemia o una forma de presentación. No me parece tan grave la aparición de los casos sino lo que pueda estar pasando con los portadores asintomáticos o residuales. Que se está produciendo una acumulación de portadores asintomáticos que en un momento dado generen una explosión porque las condiciones de infraestructura están dadas para que la haya".

Según Werthein el objetivo central no puede estar dirigido a impedir la llegada del cólera (una tarea imposible, de acuerdo con las estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud) sino a impedir su diseminación, "una batalla integral que no se libra en el hospital sino que se libra con la comunidad. Si no es con ella no se puede hacer salud". También para él "control de foco, disposición de excretas, abastecimiento de agua y recogida y tratamiento de basuras son básicos". Y hay que poner en el Estado la responsabilidad que le corresponde en el control de lugares de concentración: restaurantes, terminales de transporte, paradero de camiones. Que se controle con tanta rigurosidad como se pone con la DGI".

Werthein hace hincapié en el control de las aguas "y si no —agrega— utilizar la ortotoluidina, que es un reactivo que por reacción colorimétrica instantánea permite determinar la cloración del agua, si está clorada o la concentración de cloro libre en el agua. Cualquier directora de colegio, después de cantar el Himno puede poner una gotita del reactivo en un tubo de ensayo conteniendo el agua que se consume y saber si está o no clorada o si lo está demasiado, con lo que se evitaría que se produjeran las intoxicaciones que se han visto".

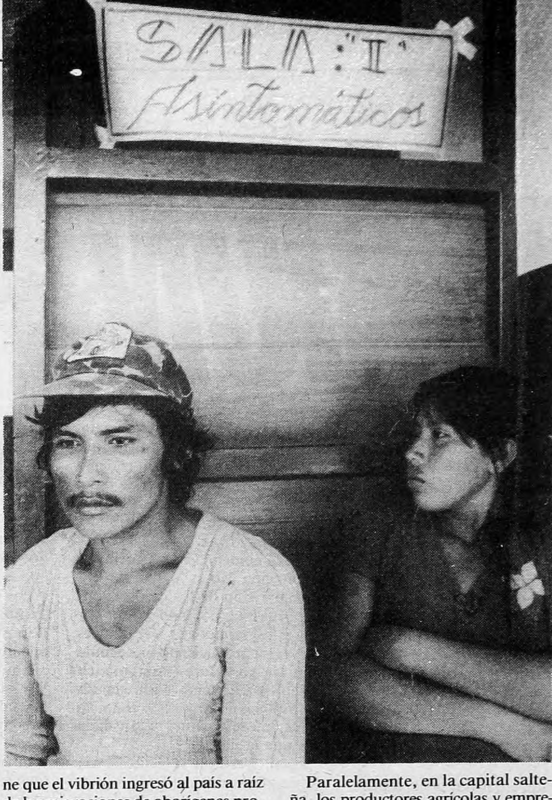
"Ah ¡no sé!", responde cuando se trata de indagar qué se ha hecho en un año de epidemia declarada. "Las medidas fueron básicamente de comunicación social y asistenciales. Es imposible hacer en un día lo que no se hizo en 50 años." La cloración de agua está bien. Las dos gotas de lavandina también, pero hay que subir el nivel e ir a los controles institucionales y comunitarios". Un ejemplo cinematográfico le sirve para sintetizar lo que él —y los otros sanitaristas— entienden como la única estrategia eficaz. "Es como en *Murieron con las botas puestas*. Custer muere atrincherado en el fuerte, ¿no? Bueno, acá si no rompemos los muros de los hospitales y vamos a la comunidad, sin esa colaboración y sin un Estado que asuma sus responsabilidades, estamos listos."

Hasta el 2000

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha hecho saber que habrá que esperar por los menos diez años para que el cólera vuelva a ser erradicado del continente al que ingresó en enero de 1991 y donde ha producido ya 460 mil casos. El director técnico de la organización, Carlyle Guerra de Macedo, sostuvo en la Reunión Técnica sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación que en 1993 serán empleados 200 mil millones de dólares en un plan de ejecución conjunta con los gobiernos latinoamericanos. El proyecto abarca la concreción de obras de saneamiento, ampliación de las redes de agua potable y la mejoría de la infraestructura de salud existente.

En los primeros meses de 1992, la curva epidemiológica de Perú ha comenzado a decrecer, una tendencia inversa a la que registran, en cambio, Brasil, Bolivia, Colombia y la Argentina.

POBRES PERO LIMPITOS



Gustavo Gilabert

Desde que el vibrión cruzó la frontera boliviana, los salteños debieron acostumbrarse a otro tipo de vida. Atentos al peligro del contagio, han cambiado hábitos de consumo, alimentación e higiene.

(Por Héctor Alí, desde Salta) Desde hace un mes, una vez a la semana, exactamente a las 10 de la mañana, suena la sirena de los bomberos en la ciudad de San Ramón de la Nueva Orán. Es la señal para que, en cada casa, alguien corra hasta el baño y arroje en el inodoro, pozo o letrina —según se lo permita su linaje social— un balde lleno de lavandina y tire de la cadena u oprima el botón de desagüe. Para el caso de los sanitarios conectados con la red cloacal de esta ciudad de casi 30 mil habitantes, ese vertedero clorificado que corre al unísono por la desvencijada cañería subterránea, impulsado manualmente, sirve como artesanal tratamiento de excretas ante la eventual contaminación que pudiera provocar una deposición infectada con el vibrión del cólera. De esta manera se pretende evitar que los desagües cloacales que desembocan sin pudor en los ríos de las zonas infecten sus cauces y peces con la bacteria tan temida. En el caso de los hogares con pozos o letrinas, generalmente marginales y periféricos, la medida recomendada por la autoridad municipal tiende a generar igualdad de posibilidades, aunque más no sea para la prevención y cuidado de la higiene. Esta estrategia de saneamiento ambiental, precaria pero inevitable, es apenas una muestra de los cambios que produjo la llegada del cólera en las costumbres de vida de la gente que habita estas tierras del noroeste argentino. Las modificaciones estructurales, en cambio, continúan demorando. Más allá de los operativos de emergencia o de ambiciosos proyectos de desarrollo para las zonas más castigadas que generó la presencia de la enfermedad, el abandono, la miseria y la desnutrición permanecen incólumes como causas de otras enfermedades mucho más antiguas, letales y degradantes que el cólera.

De hecho, el Ministerio de Salud Pública de la provincia almacena en sus computadoras estadísticas propias de un informe sanitario del medioevo, aunque en realidad fueron acopiadas el año pasado, en base a las consultas notificadas por hospitales, centros de salud y atenciones particulares. Se trata de casos denunciados de lepra, paludismo, ofidismo, tuberculosis, venéreas y diarreas varias, y otras enfermedades "regionales" como el mal de Chagas o leichmaniasis. Las cifras oficiales indican que se registraron más de 50 mil casos de diarrea, de las cuales 15 mil resultaron de extrema gravedad, con un denominador común, la desnutrición más aguda. De todas maneras, de acuerdo con las reglas epidemiológicas, y las precarias condiciones ambientales donde se desarrollan estas enfermedades, se estima que la gran mayoría de los casos no fueron reportados.

A pesar de exhibir por años semejante catálogo patológico del horror, la pobreza de estas zonas pareció ser descubierta recién cuando se despertó el brote de cólera en las poblaciones aborígenes asentadas en las márgenes del río Pilcomayo, con su escaso caudal de enfermos y víctimas fatales en comparación con las otras enfermedades.

Pero brotó el cólera y cundió el pánico. El ministro de Salud y Acción Social, Julio César Aráoz, llegó para "instalarse" en la zona y comandar personalmente el operativo sanitario de emergencia, aunque sólo permaneció 48 horas en el lugar. Hasta el presidente Carlos Menem voló a los lugares más castigados en una memorable invasión de funcionarios y periodistas que llegó a duplicar algunas de las poblaciones visitadas, como La Puntana. Allí, el jefe de Estado prometió la instalación de "microemprendimientos", una palabra poco difundida entre aquellos habitantes de comunidades de aborígenes matacos, chorotes y chiriguanos, acostumbrados a enterrar parientes casi todos los días por causa de otras enfermedades con menos cartel que el cólera y a sobrevivir de la caza y de la pesca.

Justamente fueron estas comunidades las que recibieron el impacto inicial. Ahora se descarta la contaminación de aguas y peces de los ríos Pilcomayo y Bermejo y se presupone que el vibrión ingresó al país a raíz de las migraciones de aborígenes provenientes de las márgenes fronterizas de Bolivia, donde el brote colérico sigue provocando estragos. Pero recién después de que el vibrión causara la muerte de 6 personas en las primeras horas y dejara un tendal de enfermos al borde de la deshidratación total, se tomó conciencia de la falta de información y eficacia, de las tenues campañas de concientización encaradas por las administraciones provinciales.

Como si pudiera cambiarse una cultura en horas, a los aborígenes se les prohibió pescar y tomar agua del río o de los madrejones, y se los instó a construir letrinas o pozos secos, cuando por generaciones hicieron sus deposiciones a cielo abierto. (Un cacique denunció que los gendarmes llevaron presos a algunos de ellos para obligarlos a cavar letrinas.)

De repente, la zona se cubrió de médicos y enfermeros, pero se encontraron con que no había lugares apropiados para instalarse. Los "hospitales" en las misiones La Puntana o Santa María eran verdaderas covachas de adobe y paja.

La epidemia sirvió también para desnudar otras miserias, emparentadas con la discriminación y el racismo. En el hospital del Ingenio San Martín de Tabacal, de la familia Patrón Costas, se impidió la internación de una mujer afectada de cólera, y en Tartagal, un comerciante afectado por su propia ignorancia, llegó a rociar a un aborigen con insecticida por temor al contagio.

Paralelamente, en la capital salteña, los productores agrícolas y empresarios turísticos cerraban filas para demostrar que el brote colérico lejos estaba de afectar las producciones y los circuitos tradicionales. Al mismo tiempo que se develaban las condiciones infrahumanas en que los finqueros y dueños de plantaciones mantenían a los peones braceros y golondrinas, Gendarmería y Migraciones se encargaban de deportar bolivianos ilegales.

Un mes después, la situación sanitaria respecto del cólera parece "estabilizada", aunque esporádicamente aparecen nuevos casos. De todas maneras, se dice que a raíz de la toma de conciencia en la población, casi todos llegan a la consulta en los primeros síntomas y son rápidamente controlados.

También están en vías de ejecución las obras de potabilización del agua en las zonas más afectadas y los estudios iniciales para la instauración de los "microemprendimientos" prometidos por el presidente Menem.

La preocupación más seria para las autoridades salteñas sigue siendo, según dicen, la "precaria situación sanitaria del sur de Bolivia", donde el cólera continúa desparramándose con efectos mortales. Para esto es poco y nada lo que se puede hacer. A lo sumo fumigar las ruedas de los automóviles que cruzan por el puente internacional entre Pocitos y Salvador Mazza o reclamar un certificado de salud, que puede conseguirse rápidamente con una buena propina.